

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar

1. Pengertian

Diare adalah keadaan frekuensi buang air besar lebih dari 4 kali pada bayi dan lebih dari 3 kali pada anak konsisten feses encer dapat berwarna hijau atau dapat pula bercampur lendir dan darah atau lendir saja (Wgastiyah, 1997 : 193).

Dehidrasi adalah kehilangan cairan air dari tubuh / jaringan atau keadaan yang merupakan akibat kehilangan air abnormal (Ahmad Ramh, 1990 : 72)

2. Anatomi dan fisiologi

a. Mulut

Adalah permulaan saluran pencernaan yang terdiri dari 2 bagian :

- 1) Bagian luar yang sempit atau vestibula yaitu ruang di antara gusi, gigi, bibir dan pipi.
- 2) Bagian rongga mulut atau bagian dalam yaitu ruang mulut yang dibatasi sisinya oleh tulang maksilaris, palatum dan mandibularis di sebelah belakang bersambung dengan faring.

b. Faring

Merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan (esofagus) di dalam lengkung faring terdapat tonsil (amandel) yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit dan merupakan

pertahanan terhadap infeksi disini terletak persimpangan antara jalan nafas dan jalan makanan di depan ruas tulang belakang.

c. Esofagus

Merupakan saluran yang menghubungkan tekak dengan lambung panjangnya ± 25 cm, mulai dari faring sampai pintu masuk kardiak di bawah lambung, lapisan dinding dari dalam ke luar. Lapisan selaput lendir (mukosa) lapisan sub mukosa, lapisan otot melingkar sirkular dan lapisan otot memanjang longitudinal. Esofagus terletak di belakang trakea dan di depan tulang punggung, setelah melalui thoraks menembus diafragma masuk ke dalam abdomen menyambung dengan lambung.

d. Gaster

Lambung merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyak terutama di daerah epigaster, lambung terdiri dari bagian atas fundus uteri berhubungan esofagus melalui orifisiom pilorik, terletak di bawah diafragma di depan pankreas dan limpa, menempel disebelah kiri fundus uteri, bagian lambung terdiri dari :

- 1) Fundus ventrikuli bagian yang menonjol keatas, terletak sebelah kiri osteum kardiium, dan biasanya penuh berisi gas.
- 2) Korpus ventrikuli setinggi osteum kardiium, ukurannya pada bagian bawah kurvatura minor.
- 3) Atrium pilorus bagian lambung yang berbentuk tabung mempunyai otot yang tebal membentuk sfingter pilon.

- 4) Kurvatura minor terdapat sebelah kanan lambung terbentang dari osteum kardiak sampai ke pilorus.
- 5) Kurvatura mayor lebih panjang dari kurvatura minor terbentang dari sisi kiri osteum kardiakum melalui fundus ventrikuli menuju kekanan sampai ke pilorus inferior. Ligamentum gastrolienalis terbentang dari bagian atas kurvatura mayor sampai ke limpa.
- 6) Osteum kardiakum merupakan tempat dimana esofagus bagian abdomen masuk ke lambung. Pada bagian ini terdapat orifisium pilorik.

Susunan lapisan dari dalam keluar, terdiri dari :

- 1) Lapisan selaput dari dalam keluar, apabila lambung di kosongkan lapisan berlipat-lipat yang disebut rugae.
- 2) Lapisan otot melingkar (muskulus aurikularis)
- 3) Lapisan otot miring (muskulus obliquus)
- 4) Lapisan otot panjang (muskulus longitudinal)
- 5) Lapisan jaringan ikat/serosa (peritonium)

Fungsi lambung terdiri dari :

- 1) Menampung makanan, penghancur dan menghaluskan makanan peristaltik lambung dan getah lambung.
- 2) Getah cerna lambung yang dihasilkan:
 - a) Pepsin fungsinya memecah putih telur menjadi asam amino (albumin dan pepton)

- b) Asam garam (H Cl) fungsinya mengasamkan makanan sebagai antiseptik dan desinfektan dan membuat suasana asam pada pepsinogen sehingga menjadi pepsin.
- c) Renin fungsinya sebagai ragi yang membekukan susu dan membentuk kasein dari kaseinogen.
- d) Lapisan lambung jumlahnya yang sedikit memecah lemak menjadi asam lemak yang merangsang sekresi getah lambung.

Sekresi getah lambung mulai terjadi pada awal orang makan bila melihat makanan dan mencium bau makanan maka sekresi lambung akan terangsang, rasa makanan merangsang sekresi lambung karena kerja syaraf sehingga menimbulkan ransangan kimiawi yang menyebabkan dinding lambung melepaskan hormon yang disebut sekresi getah lambung, getah lambung dihalangi oleh sistem saraf simpatis yang dapat terjadi pada waktu gangguan emosi seperti marah dan rasa takut.

e. Usus halus

Usus halus adalah bagian sistem pencernaan makanan yang berpangkat pada piloris dan beralur pada seikum panjangnya ± 6 m merupakan saluran paling panjang tempat proses pencernaan dan absorpsi hasil pencernaan.

Adapun bagian-bagian dari usus halus adalah :

- 1) Deodenum disebut juga usus 12 jari , panjangnya 125 cm berbentuk sepatu kuda melengkung ke kiri pada lengkungan ini terdapat pankreas,

dan bagian kanan deodenum ini terdapat selaput lendir yang membukit disebut papila vateri.

- 2) Yeyenum dan ileum, mempunyai panjang sekitar ± 6 m dua perlima bagian atas adalah yeyenum dengan panjang ± 23 m dan ileum dengan panjang $\pm 4 - 5$ m lekukan yeyenum dan ileum melekat pada dinding abdomen posterior dengan perantaraan lipatan peritonium yang berbentuk kipas dikenal sebagai mesenterium.

Fungsi usus halus terdiri dari :

- 1) Menerima zat-zat makanan yang sudah dicerna untuk diserap melalui kapiler-kapiler darah dan saluran-saluran hufe.
- 2) Menyerap protein dalam bentuk asam amino.
- 3) Karbohidrat diserap dalam bentuk monosakarida.

f. Usus besar

Panjangnya $\pm 11/2$ m, lebarnya 5-6 m, lapisan-lapisan usus dari dalam keluar.

- 1) Selaput lendir
- 2) Lapisan otot melengkung
- 3) Lapisan otot memanjang
- 4) Jaringan ikat

Fungsi usus besar

- 1) Menyerap air dari makanan
- 2) Tempat tinggal bakteri coli
- 3) Tempat feses

g. Rektum

Terletak dibawah colon sigmoid yang menghubungkan intertium mayor dengan anus, terletak dalam rongga pervis didepan oskrum dan oskaksigis.

h. Anus

Bagian dari saluran pencernaan yang menghubungkan dengan dunia luar (udara luar).

Terletak didasar pervis dindingnya diperkuat oleh 3 spingter :

- 1) Spingter ani internus (sebelah bawah) bekerja tidak menurut kehendak.
- 2) Spingter levatorami bekerja tidak menurut kehendak.
- 3) Spingter ani eksternus (sebelah bawah) bekerja menurut kehendak (Dr. H. Syaifuddin, B. AC, 75).

3. Etiologi

Penyebab diare dapat dibagi dalam beberapa faktor

a. Faktor infeksi

- 1) Infeksi enternal, infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada anak meliputi infeksi enternal sebagai berikut :
 - a) infeksi bakteri : vibrio, E.coli, salmonela, shigella, compylobacteri, versinia, aeromohus dan sebagainya.
 - b) Infeksi virus : enterio virus (virus echo, coxsoekie, polion ngelitus) ademovirus, rata virus, astro virus dan lain-lain.

c) Infeksi parasit : cacing (ascaris, trichovis, oxyuris, srrongy loyder) protozon (entaimoela hyspolytica, gardin labwa, mehomonos haminir) jamur (candra albiean).

2) Infeksi parental ialah infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti : otitis, media akut (OMA), tonsitis/tonsilofaringitis, bronkopneumonia, ansefalitis dan sebagainya keadaan ini terutama terdapat pada bayi dan anak berumur dibawah 2 tahun.

b. Faktor mal absorpsi

1) Mal absorpsi karbohidrat : disakarida (intoleransi laktosa maltosa dan sukrosa) : morosakarida (intoleransi, glukosa fraktosa dan galaktosa) pada bayi dan anak yang terpenting dan tersering intoleransi laktosa.

2) Mal absorpsi lemak

3) Mal absorpsi protein.

c. Faktor makanan

Makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.

d. Faktor psikologis

Rasa takut dan cemas (datang, tetapi dapat terjadi pada anak yang lebih besar) (Ngastyah, 1997 : 143).

4. Patofisiologi

Sebanyak kira-kira 9 – 10 cairan memasuki saluran cerna setiap harinya berasal dari luar (diet) dan dari tubuh kita (sekresi cairan lambung, empedu dan lainnya) sebagian besar 75 % - 85 % dari jumlah tersebut akan direabsorpsi

kembali di usus halus dan sisanya sebanyak 1500 ml akan memasuki usus besar, sejumlah 90 % dari cairan di usus besar akan diresorpsi sehingga terasa sejumlah 150 – 250 ml cairan yang akan ikut membentuk tinja.

Faktor-faktor faali yang menyebabkan diare sangat erat hubungannya satu sama lain. misalnya saja cairan intrahusminal yang meningkat menyebabkan terangsang usus secara mekanis karena meningkatnya volume. sehingga mobilitas usus terlalu cepat akan menyebabkan gangguan waktu penyembuhan makanan dengan mukosa usus sehingga penyerapan elektrolit air dan zat-zat lain terganggu.

5. Patogenitis

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare adalah :

a. Gangguan osmotik

Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isis rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare.

b. Gangguan sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi, air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya timbul diare karena terdapat peningkatan isis rongga usus.

c. Gangguan mobilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga diare. Sebaliknya bila hipoperistaltik usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan, selanjutnya timbul diare pula (Ngastyah, 1997 : 199).

d. Gambaran klinik

Mula-mula pasien cengeng, gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat nafsu makan berkurang atau tidak ada kemudian timbul diare, tinja cair mungkin disertai lendir atau lendir dan darah. Warna tinja makin lama berubah kehijauan karena bercampur dengan empedu anus dan daerah sekitarnya timbul lecet karena sering sering defekasi dan tinja makin lama makin asam sebagai akibat makin banyak asam yang berasal dari laktosa yang tidak diabsorpsi oleh usus selama diare.

Gejala muntah dapat timbul sebelum atau sesudah diare dan dapat disebabkan karena lambung turut merundung/ akibat gangguan asam basa dan elektrolit bila px telah kehilangan banyak cairan dan elektrolit, gejala dehidrasi mulai nampak yaitu berat badan turun, turgor kulit berkurang, mata dan ubun-ubun menjadi besar dan cekung (pada bayi), selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering, berdasarkan banyaknya cairan yang hilang dapat dibagi menjadi dehidrasi ringan, sedang, dan berat. (Ngastyah, 1997, 145).

Kriteria penentuan derajat dehidrasi menurut Haroen Noerasid (modifikasi)

- 1) Dehidrasi ringan : rasa haus, oliguria ringan
- 2) Dehidrasi sedang : keadaan jaringan, turgor kulit menurun, ubun-ubun besar cekung, mata cekung.
- 3) Dehidrasi berat : tanda-tanda vital, susunan saraf sasmoleu, sapor koma, pulmo kardio vaskuler kosmaul, renjatan.

e. Penatalaksanaan

- 1) Resusitasi cairan dan elektrolit sesuai derajat dehidrasi dan kehilangan elektrolitnya.
- 2) Dietetik (cara pemberian makanan) ASI diteruskan formula diencerkan dalam waktu singkat, makanan tambahan sesuai umur dengan konsistensi yang mudah dicerna.
- 3) Pada umumnya tidak diperlukan anti mukrobia. Penggunaan anti mukrobia hanya pada kasus-kasus tertentu dan kasus-kasus resiko tinggi misalnya bayi sangat muda, gizi kurang dan adanya penyakit penyerta.
- 4) Pengobatan problem penyerta
- 5) Obat-obatan diare tidak dianjurkan oleh karena dapat memperpanjang transittime sehingga kuman-kuman / toksin lebih lama berada diusus dan juga menyulitkan terapi cairan (UPF IKA, 1994).
- 6) Pelaksanaan pemberian cairan
 - a) Dehidrasi ringan : 1 jam pertama : 25,50 ml /kg BB peroral (intragastrik), selanjutnya 125 ml /kg BB /hari adalah libitum.

- b) Dehidrasi sedang : 1 jam pertama : 50,100 ml /kg BB peroral (intragastrik), selanjutnya : 125 ml /kg BB adalah libitum
- c) Dehidrasi berat : untuk anak umur 1 bulan – 2 tahun BB 3 – 10 kg, 1 jam berikutnya : 12 ml/kg BB/jam 3 tetes /kg BB /menit, 16 jam berikutnya : 125 ml /kg BB oralit peroral / intragastrik.

Untuk anak lebih dari 2-5 tahun dengan BB 10 – 15 kg, jam pertama : 30 ml /kg BB/jam atau 8 tetes /kg BB/m, 16 jam berikutnya : 125 ml /kg BB oralit peroral / intragastrik.

Untuk anak lebih 5 – 10 tahun dengan BB 15 – 25 kg, 1 jam pertama 20 ml /kg BB/jam atau 2 ½ tetes /kg BB/m, 16 jam 105 ml /kg BB oralit peroral, untuk bayi lahir dengan BB 2-3 kg, kebutuhan cairan 125 ml + 10 ml + 25 ml, 250 ml /kg BB / 24 jam, jenis cairan : 4 : 1 (4 bagian glukosa 5 % + 1 bagian NaHCO₃ 11/2 %), kecepatan 4 jam pertama 25 ml /kg BB /jam atau 6 tetes /kg BB/menit dan 20 jam berikutnya 150 ml /kg BB /20 jam atau 2 tetes /kg BB /menit (Ngastiyah, 1997 : 147).

f. Dampak masalah

1) Terhadap klien

a) Biologis

Klien yang menderita diare akan merasakan gangguan aman dan nyaman karena seringnya berak-berak dan adanya asam laktat dalam tinja dapat menyebabkan iritasi dan lecet pada anus dan sekitarnya

dan dapat juga kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan normal dikarenakan keadaan klien muntah dan diare, apabila keadaan ini tidak segera diatasi maka akan dapat masuk dalam dehidrasi berat.

b) Psikologis

Biasanya klien akan mengalami goncangan jiwa berupa kecemasan takut karena ketidak tahuan dan merasa terasing di Rumah Sakit karena terpisah dari keluarga dan teman-temannya.

c) Sosial

Klien ditempatkan bersama klien lain sehingga klien merasa terasing di Rumah Sakit dan tidak sendirian klien menjadi sangat akrab dengan klien disebelahnya dan juga sangat dekat dengan petugas kesehatan terutama perawat.

d) Spiritual

Klien selalu ditunggu oleh keluarga (ibu / bapak) dan klien juga mendapatkan perawatan yang baik dan petugas kesehatan terutama perawat, sehingga klien mendapat dorongan supaya cepat sembuh dan untuk itu klien dan keluarga selalu berdoa untuk kesembuhannya.

2) Terhadap keluarga

- a) Ketidak tahuan orang tua terhadap penyakit penanganan dan proses penyembuhan serta prognosa penyakit dapat menimbulkan perasaan cemas dan khawatir bagi orang tua klien.

- b) Orang tua harus meninggalkan pekerjaan dan keluarganya, sehingga menjadi pikiran terhadap keluarga yang ditinggalkan maupun yang sedang sakit serta menurunkan sosial ekonomi orang tua.

B. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses pemecahan masalah yang dinamis dalam usaha memperbaiki / memelihara kesehatan klien sampai ketaraf yang optimal melalui pendekatan yang sistimatis untuk mengenal dan membantu dalam memenuhi kebutuhan klien, adapun tahapan pelaksanaannya meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian

Merupakan pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi mengenai masalah-masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pengkajian yang sistimatis dalam keperawatan dibagi dalam 4 tahapan yang meliputi :

a. Pengumpulan data

1) Identitas klien

Sttau klien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, agama, anak yang ke, nama orang tua, usia pendidikan, pekerjaan, alamat dan tanggal masuk Rumah Sakit serta diagnosa medik.

2) Riwayat penyakit sekarang

Pada klien dengan diare biasanya didapatkan mula-mula klien cengeng gelisah, suhu tubuh biasanya meningkat nafsu makan berkurang atau tidak ada kemudian timbul diare dan bila klien telah banyak kehilangan cairan dan elektrolit, gejala dehidrasi mulai nampak yaitu berat badan menurun, turgor berkurang, mata cekung dan ubun-ubun besar menjadi cekung (pada bayi) selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak kering.

3) Riwayat penyakit dahulu

Sering terjadi pada anak yang mempunyai riwayat penyakit seperti sekarang, diare.

4) Riwayat penyakit keluarga

Sering terjadi pada klien yang anggotanya kerluarga menderita diare atau telah menderita penyakit diare.

5) Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Penyakit diare cenderung meningkat pada masyarakat dengan standart hidup rendah dan kebersihan lingkungan yang kurang dan sering mengkonsumsi makanan yang kotor.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada klien pada penyakit diare di dapatkan klien malas untuk makan karena nafsu makannya yang menurun, muntah atau karena makanan yang disediakan kurang menarik bagi klien.

c) Pola aktifitas

Aktifitas klien berubah dari biasanya, klien merasa lemah dan malas untuk melakukan aktifitas dan biasanya dibantu keluarganya untuk melakukan aktifitas atau kebutuhan dasarnya.

d) Pola eliminasi

Pada kebiasaan BAB didapatkan diare lebih dari 4 kali sehari, warna, bau dan konsistensi kebiasaan buang air kecil dapat terjadi retensi urin bila terjadi dishidrasikarena diare yang terus menerus dan kosensi cairan tidak sesuai dengan kebutuhan.

e) Pola hidup dan istirahat

Kebiasaan tidurnya ataupun mengigau dalam tidurnya sehingga kebutuhan istirahat tidak terpenuhi hal ini terjadi karena seringnya diare.

f) Pola sensori dan kognitif

Pada panca indra penciuman dan pendengaran pada klien diare tidak mengalami gangguan, sedangkan pada penglihatan, mata cowong pada perabahan turgor kulit menurun, nyeri pada daerah abdomen dan pengecapan biasanya mukosa bibir kering pada kognitifnya anak

mulai mengembangkan kemampuan bahasa yang memungkinkannya untuk berkomunikasi dan masyarakat.

g) Pola persepsi diri dan konsepsi diri

Pada anak usia 4 tahun pola persepsi diri anak tidak merasa cemas pada dirinya.

h) Pola hubungan dan peran

Klien dengan penyakit diare hubungan dengan ibunya tetap seperti biasanya, tetap kalau dengan teman-temannya agak renggang karena penyakitnya sebelum sakit klien berperan sebagai anak dan selama sakit perannya adalah sebagai pasien.

i) Pola reproduksi dan seksual

Anak dengan penyakit diare tidak mengalami masalah.

j) Pola penanggulangan stress

Anak dengan penyakit diare biasanya sering cengeng gelisah dan merasa tidak nyaman karena seringnya diare yang terus menerus.

k) Pola tata nilai dan kepercayaan

Anak dengan penyakit diare tidak begitu mengalami masalah pada kegiatan ibadahnya karena mungkin bisa disebabkan umur anak yang masih balita sehingga belum mampu melakukan ibadah tetapi hanya mampu membaca doa.

6) Riwayat kehamilan dan persalinan

Meliputi prenatal, natal dan post natal, perlu diketahui pada saat dalam kandungan, kekebalan yang didapat ada tidaknya kelainan dan penanganannya, bagaimana kelahirannya, beratnya, panjangnya, ada tidaknya kelainan saat kelahiran dan imunisasi apa saja yang telah didapat.

7) Riwayat tumbuh kembang anak (usia 4 tahun)

a) Pertumbuhan (Dr. Soetjiningsih DSAK, 1995)

Berat badan anak saat berumur 4 tahun rata-rata 16,7 kg dan tinggi badan 103 cm (2 kali lebih panjang bulan lahir) sedangkan untuk pertumbuhan giginya pada anak empat tahun jumlahnya adalah \pm 29 gigi susu.

b) Perkembangan

Menurut Jean piaget pada anak umur 2-7 tahun terdapat pada fase pra operasional, fase ini dibagi dua yaitu fase pra konseptual dan fase konkret, fase pra konseptual (2-4 tahun) disini anak mulai mengembangkan kemampuan bahasa yang dimungkinkan untuk berkomunikasi dan bermasyarakat dengan dunia kecilnya. Pada permintaannya anak masih mempertahankan sifat egosentrik dan bicaranya lebih banyak digunakan untuk kebutuhannya perkembangan motorik halus, anak dapat menggunakan gunting untuk memotong gambar mengikuti garis, belajar berpakaian dan

membuka pakaian sendiri, dapat menggambarkan garis silang dan dapat menggambar orang hanya kepala dan badan.

Sedangkan pada motorik kasar : anak dapat meloncat dan melompat dengan satu kaki menangkap bola dan melempar bola dan berjalan-jalan sendiri mengunjungi tetangga dan belajar turun naik dari kursi dengan menggunakan kaki, dan pada perkembangan bahasa : anak mempunyai vokal 1500 kata atau lebih menggunakan 4-5 kata, banyak bertanya, mendengarkan cerita-cerita, mengetahui lagu yang sederhana mengenai 2 atau 3 warna dan mengenal sisi atas dan sisi bawah, sisi muka dan sisi belakang, sedangkan pada sosialisasi : anak sangat mandiri cenderung untuk mementingkan diri sendiri dan tidak sabar, dapat menyebut namanya, jenis kelamin dan umurnya, bermain dengan anak lain dan dapat menunjukkan rasa sayang kepada saudara-saudaranya.

8) Riwayat imunisasi

Meliputi imunisasi yang telah didapat oleh anak melalui petugas kesehatan dan pada anak umur 4 tahun imunisasi yang sudah didapat adalah BCG I, DPT I, II, III, hepatitis I, II, III, polio I, II, III dan IV serta campak I.

9) Riwayat nutrisi

Meliputi pemberian ASI dan makanan tambahan, serta jenis makanan tambahan yang diberikan.

10) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Biasanya pada klien diare keadaan umumnya lemah, gelisah mata cowong dan nafsu makan menurun.

b) Pemeriksaan persistem

1) Sistem respirasi

Infeksi : bentuk dada antara sebelah kanan dan sebelah kiri simetris, pergerakan dada sewaktu bernafas simetris.

Palpasi : tidak nyeri tekan dan tidak ada pembengkakan atau benjolan pada dinding dada.

Perkusi : tidak didapatkan suara redap pada dada.

Auskultasi : tidak didapatkan suara nafas tambahan

2) Sistem kardiovaskuler

Infeksi : iktus cordis tak tampak

Palpasi : didapatkan pembesaran jantung

Auskultasi : tekanan darah menurun, nadi agak cepat

3) Sistem gastro intestinal

Infeksi : bibir dan lidah kering

Palpasi : didapatkan nyeri tekan pada perut dan tidak ada benjolan.

Perkusi : didapatkan daerah perut kembung.

Auskultasi : didapatkan bising usus meningkat.

4) Sistem persyarafan

a) Motorik

Pada pergerakan terjadi pengurangan aktivitas karena adanya rasa nyeri pada perut dan rasa lesu pada badannya.

b) Sensorik

Pada penglihatan tidak terjadi penurunan penglihatan.

c) Fungsi cerebral

Tidak terjadi kaku kuduk kesadaran normal

5) Sistem genitourinaria

Dalam hal ini yang perlu dikaji adalah bagaimana dengan sistem genitourinaria klien, biasanya klien tidak mengalami gangguan buang air kecil tetapi pada buang air besar biasanya diare dengan konsistensi encer dan buang air besarnya lebih 4 x /hari.

6) Sistem muskuloskeletal

Dalam pengkajian meliputi atipitosis gerak klien biasanya merusak kelemahan pada seluruh tubuhnya serta nyeri yang dirasakan pada seluruh tubuhnya serta nyeri yang dirasakan pada perutnya akan membatasi aktifitasnya.

7) Sistem integumen

Dalam hal ini yang perlu dikaji adalah bagaimana turgor kulit klien, biasanya turgor kulit menurun, warna kulit dan biasanya overall dingin atau tidak.

8) Sistem endokrin

Pada kasus diare tidak ditemukan gangguan maupun kelainan pada sistem endokrin.

11) Pemeriksaan penunjang

a) Etiologi (kausal)

Klinis (sulit membedakan)

kultur feces

b) Menentukan adanya dehidrasi atau tidak.

b. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan mengkaitkan data dengan menghubungkan data tersebut dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesempatan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Nasrul Effendy, 195 : 24).

- 1) Data pertama : ungkapan klien yang mengatakan BAB cair lebih dari 4 kali /hari dan merasa haus, klien lemah, akral dingin, mata cowong dan turgor kulit menurun, tanda-tanda vital : T : 100/70 mmHg, N : 130 x/m, S : 37⁰ C.

Masalah : kurangnya volumen cairan

Kemungkinan penyebab : pengeluaran yang abnormal

- 2) Data kedua : ungkapan ibu klien pada daerah perianal menandai sering BAB cair, diare cair lebih dari 3 kali.

Masalah : kerusakan integritas kulit

Kemungkinan penyebab : efek dari diare pada daerah perianal.

- 3) Data ketiga : ungkapan klien malas untuk makan dan muntah berat badan menurun mukosa bibir kering dan nafsu makan menurun.

Masalah : perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan

Kemungkinan penyebab : pengeluaran yang berlebihan

- 4) Data keempat : ungkapan keluarga (ibu) yang mengatakan kurangnya pengetahuan tentang proses penyakit. Ibu merasa khawatir tentang anaknya dan sering beratnya pada perawatan

Masalah : kurang pengetahuan keluarganya tentang proses penyakit.

Kemungkinan penyebab : kurangnya informasi

c. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah diagnosa yang dibuat oleh perawat profesional menggambarkan gejala-gejala yang menunjukkan masalah kesehatan yang dirasakan klien, dimana perawat berdasarkan pendidikan

dengan pengalamannya dapat / mampu menolongnya (Nasrul Effendy, 1995 : 27).

Dari analisa diatas dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yang mungkin timbul pada klien diare lain.

- 1) Kurangnya volume cairan berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan di tandai dengan bibir kurang turgor kulit menurun , BAB lebih dari 4 x/ hari.
- 2) Resiko integritas kulit berhubungan dengan efek dari diare pada daerah perianal yang di tandai dengan daerah perianal merah.
- 3) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan nafsu makan menurun di tandai dengan makakn menurun, BB menurun.
- 4) Kecenderungan ketidaktahuan tentang proses penyakitnya berhubungan dengan kurangnya informasi di tandai dengan ibu klien mengatakan tidak mengerti tentang penyakit anaknya.

2 Perencanaan

Dalam tahap perencaaan meliputi menentukan diagnosa keperawatan menetapkan tujuan asuhan keperawatan, kriteria hasil serta merumuskan rencana tindakan keperawatan (Lismidar, 1990 : 21).

a. Diagnosa keperawatan pertama

Kurangnya volume cairan berhubungan dengan pengeluaran yang abnormal

Tujuan : Kekurangan cairan tidak terjadi.

Kriteria hasil : turgor baik, akral hangat, klien sehat mata tidak cowong

Rencanan tindakan

- 1) Lakukan observasi terhadap cairan yang masuk dan keluar, gejala kardinal dan tanda-tanda dehidrasi setiap 2 jam atau sesuai, keadaan klien.
- 2) Berikan penjelasan pada ibu tentang sebab dan akibat bila cairan terlalu banyak keluar.
- 3) Beri oralit 1 – 2 x /hari
- 4) Berikan motivasi pada ibu tentang kebersihan diri dan lingkungan.
- 5) Timbangan BB tiap hari.
- 6) Lakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian cairan, infus dan oralit.

Rasional

- 1) Observasi terhadap cowong masuk dan keluar, gejala kardinal dan tanda-tanda dehidrasi hal ini sangat penting untuk menilai kemajuan klien dan menentukan tindakan selanjutnya.
- 2) Dengan memberikan penjelasan diharapkan ibu dapat mengerti tentang sebab dan akibat bila cairan tubuh terlalu banyak keluar.
- 3) Untuk mengganti cairan yang hilang.
- 4) Dengan memberikan motivasi dan diharapkan ibu mengerti tentang kebersihan diri dan lingkungan.

5) Penimbangan berat badan setiap hari dapat mendeteksi kehilangan cairan.

6) Untuk memenuhi kebutuhan cairan klien.

b. Diagnosa keperawatan kedua

Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek dari diare pada daerah perianal.

Tujuan : menjaga integritas kulit

Kriteria hasil : pada daerah perianal tidak merah, klien dapat istirahat dengan tenang.

Rencana tindakan

- 1) Bersihkan area perianal dengan sabun dan air setiap selesai BAB.
- 2) Biarkan area perianal terbuka.
- 3) Jangan memberi talk pada daerah perianal.
- 4) Gunakan pengobatan dengan salep sesuai advis.

Rasional

- 1) Untuk menjaga kebersihan perianal
- 2) Agar luka pada area perianal cepat kering
- 3) Luka sukar dibersihkan jika menempel talk.
- 4) Dengan memberi salep sesuai advis dapat mempercepat proses penyembuhan / cepat kering.

c. Diagnosa keperawatan ketiga

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan pengeluaran yang berlebihan.

Tujuan : gangguan nutrisi dapat teratasi

Kriteria hasil : BB naik, diare berhenti, klien dapat menghabiskan porsi makan yang disajikan.

Rencanan tindakan

- 1) Lakukan pengukuran BB tiap hari
- 2) Beri makanan porsi kecil dan sering
- 3) Anjurkan klien untuk bedrest dan membatasi aktifitas selama fase akut
- 4) Ganti diet stalnya disesuaikan dengan penyebab.
- 5) Catat penerimaan diet baru.
- 6) Kerja sama dengan tim gizi dalam pemberian diet.

Rasional

- 1) Penimbangan BB tiap hari dapat mengetahui peningkatan berat badan klien.
- 2) Dengan memberi makanan porsi kecil dan sering dapat mengurangi muntah.
- 3) Dengan bedrest dan membatasi aktifitas selama fase akut klien merasa nyaman.
- 4) Untuk mengurangi diare berulang.
- 5) Untuk meningkatkan BB klien dan mencegah diare berulang.

d. Diagnosa keperawatan keempat

Kurangnya pengetahuan tentang proses penyakitnya berhubungan dengan kurangnya informasi.

Tujuan : pengetahuan ibu tentang proses penyakit meningkat.

Kriteria hasil : Ibu klien tidak bertanya lagi, ibu klien dan klien kooperatif dalam program pengobatan, ibu dapat menjelaskan kembali tentang proses penyakit.

Rencana tindakan

- 1) Kaji tingkat pengetahuan ibu tentang penyakit anaknya.
- 2) Beri informasi tentang proses penyakit, pengobatan gejala dan komplikasi.
- 3) Ajarkan orang tua tentang prinsip-prinsip pengaturan diet.
- 4) Ajarkan keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan lingkungan.

Rasional

- 1) Untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan ibu tentang penyakit anaknya.
- 2) Dengan informasi tentang proses penyakit, pengobatan dan komplikasi ibu klien dapat mengerti dan dapat mencegah terjadinya diare.
- 3) Orang tua akan mengerti makanan apa yang boleh dimakan.
- 4) Dengan menjaga kebersihan diri dan lingkungan dapat mencegah timbulnya penyakit.

3. Pelaksanaan

Pada tahap ini dilakukan pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal.

Pelaksanaan adalah pengobatan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada perencanaan (Nasrul Effendy, 1995 : 40).

4. Evaluasi

Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya sehingga dari evaluasi didapatkan hasil sebagai berikut :

- a. Tujuan tercapai jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standart yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian jika klien menunjukkan perbahan sebagian dari standart dan kriteria yang telah ditetapkan.
- c. Tujuan tidak tercapai jika klien tidak menunjukkan perubahan dan kewajiban dari kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru (Nasrul Effendy, 1995 : 46).